Nr 7. Kraków, 22. lutego 1919. Rok LVIII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 50 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: prof. dr **Krzyształowicz**, prezes Tow. lek. krak.; Dr **W. Damski**, wiceprezes Tow. lek. krak. dr **A. Akerman**, skarbnik Tow. lek., dr **B. Wojciechowski**, podskarbi komisyi; dr **Blassberg**, prof. dr **Browicz**, prof. dr **K. W. Majewski**, prof dr **Rutkowski**.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVIII. Kraków, 22. lutego 1919. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.
(Dyrektor: Prof. Dr Bronisław Kader).

W sprawie operacyjnego leczenia gruźlicy kręgosłupa.

Podał
Dr Kornel Michejda,
asystent kliniki

(Dokończenie).

Inne zupełnie znaczenie ma garb. Albée w swojej pracy, wymienionej w spisie pod 2), podaje że »jedną z najbardziej uderzających zalet tej metody leczenia jest wyraźne cofanie się garbu, występujące w czasie operacyi, albo kilka dni później wskutek rozciągającego działania listwy kostnej«. Myśmy tylko dwa razy zauważyli cofnięcie się garbu u chorych 4. i 9. W innych przypadkach nigdy czegoś podobnego nie zauważyliśmy. Trudno byłoby sobie zresztą wyobrazić, co za siła mogłaby powodować taki skutek. Tęsamą wątpliwość wyraża także Vogel. Nie zdaje nam się zatem, aby operacya Albéego była wskazana, jako metoda do usunięcia garbu, za jaką ją chce uważać Albée. Mogłaby ona to uzyskać tylko w dwóch przypadkach: 1) gdyby w czasie późniejszym nastąpiło kurczenie się listwy wzgl. tej kości, która zajęła jej miejsce, albo też, 2) gdyby u dzieci ta masa kostna nie rosła, a równocześnie rósł cały ustrój. Wtedy wytworzyłby się w danem miejscu niestosunek, który musiałby wywołać znaczne skrzywienie kręgosłupa ku przodowi (lordosis). Na naszym materyale dziecięcym tego zjawiska nie zauważaliśmy zupełnie, ani też w piśmiennictwie takich spostrzeżeń niema. Z teoretycznego punktu widzenia nie należy się czegoś podobnego obawiać z tego powodu, że przecież przeszczepiona listwa zostaje zastąpiona przez kość nową, która wyszła w małej tylko części z kości przeszczepianej, a w przeważnej z macierzystego łożyska. Jest to w każdym razie nie martwa substancya, jak drut lub jedwab przy metodzie Chipaulta, ale substancya żywa, o której niema powodu przypuszczać, że utraciła jedną z pierwszorzędnych własności żywego ciała, t. j. zdolność do wzrostu. Gdyby bowiem było inaczej, wówczas wogóle metoda Albéego byłaby u dzieci niedozwoloną.

Wracając do garbu, stwierdzić jednak należy, co następuje: Duże garby stwarzają przy operacyi Albéego niebezpieczeństwo powstawania odleżyny na szczycie garbu. Powody tego są jasne, podałem je powyżej. Drugiem niebezpieczeństwem jest załamanie się wszczepionej listwy przy obciążeniu, o czem również, omawiając przypadek 1), wspomniałem. Z uwagi na te niebezpieczeństwa przyjąć należy, że duży garb nie jest wprawdzie przeciwwskazaniem do operacyi Albéego, wymaga jednak wszczepiania długiej listwy, szczególnej pieczołowitości w leczeniu pooperacyjnem z uwagi na niebezpieczeństwo odleżyny, wzgl. załamania się listwy, albo też zmodyfikowania metody Albéego po myśli propozycyi Vogla, t. zn. uzupełnienia operacyi Albéego (w przypadkach powikłanych dużym garbem) zabiegiem, któryby mógł naprzód garb usunąć, a potem wykonać przeszczepienie kości. W jaki sposób to wykonać, przy przez resekcyę łuków, jak to czynił Vogel, czy przez usunięcie najbardziej wystającego wyrostka kolczystego, jak to w jednym przypadku (Jan F., l. 21, o. p. 9. X. 1918 l. prot. op. 452) uczyniono u nas w klinice, czy wreszcie przez zastosowanie przed operacyą znanych oddawna metod wyprostowania (redresyi) forsownego lub powolnego, to jest sprawa, której rozstrzygnięcie wymagać będzie dalszych badań i doświadczeń.

Przypadków z objawami ze strony układu nerwowego mieliśmy tylko 2 (4 i 17). Wynika z nich, że operacya Albéego może wywrzeć wybitnie dodatni wpływ na to powikłanie. Jednakże materyał nasz jest za mały, aby można z niego wyciągać ogólne wnioski.

Na zakończenie jeszcze kilka słów o leczeniu pooperacyjnem. W początkach kładliśmy chorego po operacyi do łóżeczka gipsowego na przeciąg 6—8 tygodni, poczem łóżeczko usuwaliśmy, a choremu pozwalaliśmy na ruchy w łóżku. Miesiąc od zdjęcia łóżeczka, a więc w 3 miesiące po operacyi, pozwalaliśmy wstawać. Gdy mimo okien w łóżeczku powstawały na szczycie garbów odleżyny, skróciliśmy naprzód leżenie na łóżeczku gipsowem, a jeszcze później przestaliśmy wogóle posługiwać się łóżeczkiem, kładąc chorego na zwyczajnem łóżku na przeciąg 2—3 miesięcy. Po tym okresie pozwalaliśmy na ostrożne wstawanie. Z tej zmiany leczenia pooperacyjnego nie widzieliśmy żadnych szkód. Gorsetów żadnych nie używaliśmy.

W końcu wyrażam serdeczne podziękowanie JWP. prof. Dr Rosnerowi, prof. Dr Lewkowiczowi i dyr. Dr O. Langowi za pozwolenie umieszczania naszych chorych w klinice chorób kobiecych i szpitalu św. Ludwika w czasie, gdy klinika chirurgiczna dostępna była tylko dla wojskowych.

Streszczenie i wnioski.

1) Przez zabieg Albéego przy gruźlicy trzonu kręgowego uzyskuje się unieruchomienie i ustalenie kręgosłupa w stopniu lepszym, niż przy innych, zachowawczych metodach leczenia tego cierpienia.

2) Wgojenie listwy kostnej pomiędzy rozszczepione wyrostki kolczyste następuje bardzo łatwo, bez względu na to, czy bierzemy materyał z grzebienia kości piszczelowej, czy z grzebienia kości biodrowej.

3) Wytrzymałość listwy wzgl. nowowytworzonej w jej miejscu kości jest w przypadkach, niepowikłanych dużym garbem, dostateczna.

4) Wskazany jest zabieg Albéego a) w przypadkach niepowikłanych, b) w przypadkach powikłanych garbem albo ropniem opadowym nie zakażonym wtórnie, przyczem duże garby wymagają specyalnego traktowania, c) w przypadkach powikłanych objawami ze strony układu nerwowego. Czy w przypadkach z zakażonymi wtórnie ropniami opadowymi możemy się spodziewać poprawy, tego na podstawie naszego doświadczenia nie możemy powiedzieć.

5) Leczenie pooperacyjne jest stosunkowo bardzo krótkie i dlatego mało kosztowne, co w naszych szczególnie warunkach jest zaletą zabiegu.

6) Wyniki zabiegu są lepsze, niż wyniki leczenia gruźlicy kręgosłupa w tych samych warunkach innemi metodami.

7) Śmiertelności bezpośredniej po zabiegu Albéego niema prawie wcale.

Piśmiennictwo.

1) Albée F.: Knochentransplantation bei tuberkulöser Spondylitis (Ztschr. f. orth. Ch. 1913, 31). — 2) Axhausen: Histologische Untersuchungen über Knochentransplantation beim Menschen (D. Zeitschr. f. Ch. 1917, t. 91). — 3) Barth: Über Osteo-

plastik in histologischer Beziehung (Arch. f. klin. Chir. t. 48, 1894). — 4) Hoessly H.: Die osteoplastische Behandlung der Wirbelsäuleerkrankungen speziell bei Verletzungen und bei der Spondylitis tuberculosa (Bruns. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 102). — 5) Jasiński: Oczyszczenie kawerny w trzonie kręgowym, związanie wyrostków ciernistych (Gaz. lek. 1896, rocznik 31). — 6) Mayer L.: Die Vorgänge in dem autoplastischen Knochentransplantat nach Operationen am Menschen (Ztschr. f. orth. Chir. 1918, Bd. 38). — 7) Müller: Transperitoneale Freilegung der Wirbelsäule bei tuberkulöser Spondylitis (D. Z. f. Ch. 1906. t. 85). — 8) de Quervain: Zur Behandlung veralteter Wirbelluxationen mittels Osteoplastik (Bruns. Beitr. z kl. Ch. 1912, t. 79). — 9) Tomaszewski: O operacyi Albéego (w księdze pam. dla J. Brudzińskiego 1916). — 10) Vogel: Zur Albéeschen Operation bei Spondylitis tuberculosa (Zbl. f. Ch. 1914, Nr 13).

Zaprawianie preparatów kałowych kwasem azotowym w celu ułatwienia poszukiwania jaj pasorzytów jelitowych

podał

Dr med. A. Niepieiski,
(Dąbrowa Górnicza).

W celu ułatwienia odszukiwania jaj czerwi jelitowych, a zwłaszcza jaj dżdżownicy, często nietypowych tak bardzo, iż niczem prawie nie przypominają obrazów, załączonych w podręcznikach, posługuję się łatwym i prostym sposobem zaprawiania preparatów kwasem azotowym, dającym nadzwyczaj wyraźne obrazy i przez to pewność co do gatunku jaja.

Przez preparat, namazany na szkiełku przedmiotowem, rozprowadzam kroplę kwasu azotowego, puszczoną na szkiełko za pomocą pręcika szklanego lub zapałki, tak by tylko sam preparat został zwilżony, a nie starty zapałką, reszta zaś szkła pozostawała suchą. Ta druga ostrożność jest ważna jedynie ze względu na stolik mikroskopu, który niszczy się od kwasu azotowego. Z tego też powodu podczas przeglądania preparatów mikroskop powinien stać pionowo, by uniknąć spłynięcia ze szkiełka kwasu azotowego na stolik. W tak zaprawionych preparatach odnajduje się jaja znacznie szybciej, niż w preparatach, przygotowywanych w sposób zwykły, gdyż na szkle pozostają wyjaśnione i wyraźnie zarysowane jaja — reszta zaś, t. j. masy organiczne stolca, jak komórki roślinne i zwierzęce, śluz i t. d., słowem wszystko, co sprzyja zacieraniu się konturów jaj, zostaje zniszczone przez kwas azotowy. Tak przygotowany preparat różni się od tegoż preparatu, przeglądanego uprzednio bez zaprawienia, jasnością, dokładnością w konturach tworów w nim znajdowanych, a brakiem tej całej masy mikroskopowych strzępków, kłaczków, zanieczyszczeń, zacierających nierzadko do niepoznania jaja tasiemca czy dżdżownicy.

W samych jajach pod wpływem kwasu azotowego zachodzą pewne zmiany, które czynią, iż stają się one bardzo wyraźnie zarysowane, a nawet typowe tak dalece, że nie nasuwają żadnej wątpliwości w rozpoznaniu. N. p. jaje tasiemca przyjmuje barwę żółtawą, cokolwiek się powiększa, a co najważniejsze i co stanowi jego cechę rozpoznawczą, zyskuje bardzo wyraźną promienistość otoczki, jakiej nie dostrzegaliśmy często w preparacie, zrobionym w sposób zwykły.

Podobnież jaja dżdżownicy, często bardzo nietypowe, zarówno co do kształtu i wielkości, tak dalece, że wzięte być mogą za jaja innego pochodzenia, pod wpływem kwasu azotowego nabierają, że tak powiem, typowości przekonywającej. Jajo jakby pęcznieje, powiększa się znacznie, w środku otoczki wyraźnie zarysowanej widnieje ciemniejsze cokolwiek jądro ze szczegółami i półksiężycami u biegunów, a na zewnątrz jaja warstwa jasnożółto zabarwionego śluzu; słowem z jaja, nie przypominającego niczem jaja dżdżownicy, otrzymuje się typ książkowy. Prócz tego sposób zaprawiania preparatów kwasem azotowym posiada jeszcze i tę zaletę, że wskutek odwonienia preparatu badanie przestaje być przykre, a drugie, iż mamy do czynienia z jajami, zniszczonemi przez kwas, a więc i nieszkodliwemi w razie przeniesienia się ich przypadkowo na badającego.

(Przysłanych przez autora doskonałych rysunków nie możemy niestety z powodu trudności technicznych dołączyć do artykułu. Przypisek Redakcyi).

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

opuchły, obrzękły, gedunsen.
pręgi skórne rozstępowe, Dehnungsstreifen.
odruch stolcowy, Defäcationsreflex.
wadliwość jakościowa przysadki, dyspituitarismus.
surowica przeciwbłonicza, Diphtherieserum.
surowica przeciwtężcowa, Tetanusserum.
surowica przeciwszelestnicza, Rauschbrandserum.
szmer z rozszerzenia, Dilatationsgeräusch.
przekarmienie, Überernährung.
przeprężenie, Überdehnung.
przewrażliwość, Überreizbarkeit.
przeszczepność, Überimpfbarkeit.
jednojądrzasty, uninucleär.
niedożywienie, niedokarmienie, Unterernährung.
odporność przeciw nadwrażliwości, odwrażliwienie, antianaphylaxia.
ciepłotrwały, wytrwały na gorąco, thermostabil.
przeciwzakaźny, antiinfectiosus.
przemoga, nadczynność, Überfunction.
przeczulność, Überempfindlichkeit.
wyprężenie, przeprężenie, Überstreckung.
drugopłciowy, heterosexuell.
nerwy wzwodowe, nervi erigentes
szelestliwość pochwy, flatus vaginalis.
rozwijający się, postępowy, postępujący, prosoplasticus.
ododbytniczy, proctogen.
praworęczność, Rechtshändigkeit.
odprowadzalny, reponibilis.
rana darta, Risswunde.
bezwargowość, achilia.
bezręczność, achiria.

Oceny i sprawozdania.

Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. **Dr Antoni Krokiewicz.**

(Ciąg dalszy).

L e c z e n i e w y w o ł y w a c z a m i (Antigentherapie: leczenie bakteryami, czynne uodparnianie człowieka, tuberkuliny, szczepionki bakteryjne). Poznaliśmy już ciała, które powstają u zwierzęcia przez czynne uodparnianie. Ciała te, przeszczepione na człowieka w celach leczniczych, wywołują u niego bierną odporność. Obecnie przytaczamy przypadki, w których u człowieka może być stosowane czynne uodparnianie dla celów leczniczych i zapobiegawczych. Pierwsze takie doświadczenie wykonał J. Ferran w Hiszpanii, w czasie wielkiej epidemii cholery w r. 1884; przeprowadzał on szczepienie ochronne sztucznemi hodowlami prątków cholerycznych, które jednak z powodu wadliwej techniki zawiodły. Lepszą techniką posługiwał się Haffkine, który czystemi osłabionemi przez gorąco hodowlami uodpornił w Indyach do r. 1895 przeszło 40.000 ludzi. Pfeiffer i Kolle zastosowali szczepienie obumarłemi bakteryami w Japonii w r. 1902. Również szczepiono ze skutkiem w celach zapobiegawczych przeciw tyfusowi obumarłemi hodowlami bulionowemi (Wright w Indyach), jak i samemi obumarłemi bakteryami (Bakterienleiber) w Niemczech w myśl Pfeiffera i Kollego. Metody tej używano także przeciw dżumie. Korzyść tego czynnego uodparniania dla celów zapobiegawczych polega na tem, że te szczepionki nieporównanie taniej i prościej można sporządzić, niż odnośne surowice, a powtóre i na tem, że odporność czynna, wywołana przez te szczepionki, jest trwalsza, niż odporność bierna po wstrzykiwaniu surowic. Z drugiej strony nie występuje ona zaraz, jak przy biernem uodparnianiu, lecz dopiero po 8—14 dniach. Można zatem zależnie od okoliczności stosować jedną lub drugą metodę, lub, co najskuteczniej, obie połączyć w jedną (t. zw. »Simultanmethode«). Polega ona na tem, że najpierw stosuje się

dawkę surowicy leczniczej, a wkrótce potem jedną lub kilka dawek wywoływacza (antygenu), który naówczas podaje się zaraz w coraz silniejszej ilości. Metody tej użył pierwszy Lorenz w celach ochronnych przy róży świń i otrzymał dobre wyniki. Stosowali ją następnie Roemer przy zakażeniu dwoinkami zapalenia płuc, a Sobernheim przy wągliku.

Najwięcej znane jest stosowanie lecznicze antygenów w gruźlicy, jako t. zw. leczenie tuberkulinami (Koch 1890). Koch pierwotnie przy stosowaniu tuberkuliny nie myślał o uodparnianiu, lecz przedstawiał sobie działanie tuberkuliny w ten sposób, że pod jej wpływem komórki, zajęte sprawą gruźliczą, ulegają zupełnemu obumarciu, a następnie oddzieleniu i wessaniu. W dalszym ciągu dążył on do uodparniania tkanek nie zajętych gruźlicą. Dziś uważa wielka liczba badaczy przekrwienie, wywołane w ogniskach gruźliczych przez tuberkulinę, za skuteczny czynnik działający w leczeniu tuberkuliną obok wytwarzania się istot ochronnych. Wszystkie przetwory tuberkulinowe zawierają mniej lub więcej zmienioną toksynę tuberkuliczną i endotoksynę; stąd też dla wszystkich tych przetworów tuberkulinowych istnieją w zasadzie te same prawidła dla stosowania ich w leczeniu gruźlicy.

Żywe zainteresowanie obudziła metoda czynnego uodparniania, podana przez Wrighta. Wright wychodzi z założenia, że czynne uodparnianie ustroju, n. p. przeciwko prątkom gruźliczym, lub gronkowcom, o wiele lepsze daje wyniki, skoro jest wykonywane pod dokładną kontrolą wytwarzających się istot ochronnych t. j. opsonin. Wypracował on odpowiednią metodę, która pokrótce tak się przedstawia: Nieco surowicy leczonego chorego dodaje się do cieczy, zawierającej krwinki białe i obumarłe zarazki odnośnej choroby. Mieszaninę tę pozostawia się w cieplarce przez pewien czas, poczem sporządza się zabarwiony preparat i oznacza przez liczenie większej ilości krwinek białych wskaźnik fagocytozy chorego, t. j. liczbę bakteryi, zawartych średnio w jednem ciałku białem. Następnie w ten sam sposób oznacza się normalnie wskaźnik fagocytozy, używając surowicy prawidłowej w miejsce surowicy chorego. Jeśli podzieli się liczbę fagocytyczną u chorego przez liczbę fagocytyczną u zdrowego, to otrzymuje się wskaźnik opsoninowy u chorego, który jest tem większy, im bardziej opsonicznie działa surowica chorego. Wzmaganie się lub zmiejszanie wskaźnika opsoninowego po wstrzyknięciu surowicy wskazuje według Wrighta, czy wstrzyknięcie słusznie obliczone zostało, czy też nie. Metoda ta wymaga dużo czasu, jest kosztowna i może być wykonywana tylko w laboratoryum; zastąpić ją może dokładne kliniczne spostrzeganie chorego.

Choroba posurowicza (Serumkrankheit) i nadwrażliwość (anaphylaxis). Zazwyczaj przy stosowaniu surowicy nie występuje żaden odczyn i ustrój zachowuje się biernie wobec wstrzykiwanych istot ochronnych ze zwierzęcia czynnie uodpornionego. W małym tylko odsetku chorzy, leczeni surowicą, okazują pewne uboczne przypadłości, które Pirquet i Schick podciągają pod obraz choroby posurowiczej (Serumkrankheit). Najpierw zauważono, iż już w pierwszych (8—12) dniach po wstrzyknięciu surowicy występuje w miejscu nakłucia jużto ograniczone jużto rozlane zaczerwienienie i nabrzmienie tkanki, poczem stopniowo na całe ciało rozprzestrzenia się wysypka drobnoplamista lub jednostajnie czerwona. Wśród tej posurowiczej osutki występuje czasem gorączka obok obrzęku gruczołów chłonnych i stawów, co trwa kilka dni i ustępuje bez śladu. Również przekonano się, że te uboczne objawy pojawiały się wcześniej u chorych, którym po drugi raz wstrzyknięto surowicę (choć pierwsze wstrzyknięcie wykonano przed miesiącami i latami), bo niekiedy już w kilka godzin po jej wstrzyknięciu. W zasadzie te objawy u powtórnie szczepionych przebiegały bez dalszych następstw. To zachowanie się chorych po powtórnem zaszczepieniu surowicy wskazuje na szczególny stan ustroju, który Behring pierwszy spostrzegał u uodpornianego, a więc poprzednio szczepionego zwierzęcia i nazwał go nadwrażliwością (Überempfindlichkeit). W dalszym ciągu Theobald, Smith, Arthus i Richet spostrzegali podobne objawy przy doświadczeniach na zwierzętach i wprowadzili nazwę »anaphylaxis«. Nadwrażliwość spostrzegana u zwierząt objawia się w ten sposób, że zwierzę, któremu wstrzykiwano pewną substancyę, bezpośrednio po powtórnem, conajmniej w 20 dni wykonanem wstrzyknięciu tejże substancyi ulega zapadowi, a często i śmierci. Ten zapad nie występuje u każdego zwierzęcia; częściej wydarza się przy wstrzykiwaniu śródżylnem, niż podskórnem, a najczęściej przy wstrzykiwaniu do jamy mózgowej. Dokładniejsze spostrzeżenia wykazały, że przyczyną zapadu anafilaktycznego jest silne obniżenie parcia krwi i ciepłoty ciała. Ponieważ takie zapady anafilaktyczne są u ludzi nadzwyczaj rzadkie, przeto nie istnieje przeciwwskazanie do wstrzykiwań surowicy u ludzi. W razie zapadu należy stosować śródżylnie przetwory naparstnicy, chlorek barowy, lub podskórnie eter. Besredka zwrócił uwagę, że zwierzęta przeciw zapadowi anafilaktycznemu można ochronić, skoro im się przed wstrzyknięciem podskórnem poda lewatywę z tej surowicy.

Obecnie przytaczam najważniejsze surowice lecznicze, wytwarzane w pracowni Mercka w Darmstadzie. Dla szczupłości miejsca, a obfitego piśmiennictwa, nie uwzględniam surowic z innych pracowni; działanie ich jednak jest bardzo podobne do surowic Mercka.

I. Surowica ze zwierząt pozbawionych jajników i tarczycy (Anovarthyreoid-Serum). Hoffmann przy omawianiu chorób tarczycy wskazał, że surowica owiec, pozbawionych jajników, działa skutecznie przy zmiękknieniu kości (osteomalacia). Merck wytworzył odnośną surowicę i nazwał ją Antimalazin (nie weszła ona do obiegu handlowego). Ponieważ i surowica jagniąt pozbawionych tarczycy ma działać skutecznie przy zmiękknieniu kości (t. zw. antytyreoidyna Möbiusa), wytworzył Merck na zlecenie Hoffmanna surowicę z krwi owiec pozbawionych jajników i tarczycy. Zastosował ją Klewe-Nebenius w jednym ciężkim przypadku zmiękknienia kości u kobiety 32-letniej, u której 9 razy wstrzyknął podskórnie po 10 cm sz. tejże surowicy w odstępach 3—5 dni. Po wstrzyknięciach kilka razy pojawiła się osutka na skórze, która po 24—38 godzinach znikała bez jakichkolwiek ubocznych przypadów. Raz podniosła się ciepłota ciała na krótko do 38° C. Chora znosiła dobrze wstrzykiwania, zaczęła chodzić; ruchy jej były szybkie i bezbolesne, ustąpiła bolesność przy ucisku na klatkę piersiową i kręgosłup. Regularność nie była zupełnie prawidłowa i stan psychiczny pozostał niezmieniony. Dalsze badania w przypadkach hypertyreoidozy są w toku. Według Hoffmanna składniki surowicy ze zwierząt pozbawionych jajników i tarczycy zbliżają się w swem działaniu do wydzielin nadnercza i przysadki. Surowicy tej należałoby próbować w przypadkach zmiękknienia kości, w krzywicy, w psychozach wieku przejściowego młodzieńczego, w gorączce siennej i w nerwicach z powodu zaburzeń nerwów naczynioruchowych z następującym zawrotem głowy i szumem w uszach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Listy do Redakcyi.

Do artykułu prof. Kleckiego o nauce patologii ogólnej w uniwersytetach polskich (Przegląd lekarski, styczeń 1919) otrzymujemy od prof. Browicza następujące uwagi:

W uwagach w sprawie reformy studyum lekarskiego, ogłoszonych w Przeglądzie lek. w styczniu 1918, pomieściłem następujący ustęp: »Medycyna wewnętrzna, to macierz, podstawa dla wszystkich innych gałęzi medycyny; bez znajomości, o ile można najdokładniejszej, medycyny wewnętrznej w żadnej innej gałęzi medycyny obyć się nie można. Słusznie też domagał się Brudziński, »aby kandydaci na stanowiska nauczycielskie w działach klinicznych wykazywali się odbyciem dwuletniej praktyki w charakterze asystentów kliniki chorób wewnętrznych. Wszelkie wady i jednostronność w nauczaniu w zakresie wszelkiej specyalności wypływają z niedostatecznego przygotowania wykładających w zakresie kliniki ogólnej«. Do tego słusznego żądania dołączyłbym jeszcze dalsze, że tego przygotowania w zakresie medycyny wewnętrznej wymagaćby należało od wszystkich profesorów medycyny, a więc i części teoretycznej, przedewszystkiem profesorów patologii ogólnej, anatomii patologicznej i farmakologii. Zaznajomienie się dokładniejsze z medycyną wewnętrzną daje gruntowniejszy pogląd na całość nauki lekarskiej«.

Dnia 1. kwietnia 1918 przedłożyłem nadto Wydziałowi lekarskiemu w odpowiedzi (drukowanej) na kwestyonaryusz w sprawie reformy studyum lekarskiego następującą uwagę: »Do uwag powyższych i uwag ogłoszonych w »Przeglądzie lekarskim« dodać muszę dodatkowo szczegół, o którym często mówiłem, a odnoszący się do warsztatu pracy (naukowej i dydaktycznej) profesorów. Nietylko wymagać należy, ażeby wszyscy członkowie grona nauczycielskiego byli doktorami medycyny,

a kandydaci na katedry kliniczne byli poprzednio asystentami przy klinice chorób wewnętrznych, a według mego widzenia rzeczy wymagaćby tego należało i od kandydatów na katedry patologii ogólnej, anatomii patologicznej i farmakologii, ale dążyć należy do tego, by profesorowie patologii ogólnej, anatomii patologicznej i farmakologii mieli sobie powierzone małe oddzialiki o kilku łóżkach, nie o charakterze klinicznym, ale dla kontaktu bezpośredniego z żywym organizmem ludzkim dla badań naukowych. Rzecz przy spełnieniu warunku istnienia dostatecznych stałych i czasowych sił pomocniczych przy każdej katedrze dla podziału pracy i odciążenia od zbytnich obowiązków szefów zakładów nie przedstawiałaby trudności. A mieliśmy już przykład takiego urządzenia w Krakowie. W początku lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia nauczyciel mój i poprzednik na katedrze Biesiadecki wyjednał dla katedry anatomii patologicznej pokoik o 4 łóżkach w dawnej klinice wewnętrznej. Byłem w tym oddzialiku jako ówczesny asystent przy katedrze anatomii patologicznej czynny. Przeprowadzaliśmy n. p. badania nad białaczką, przeszczepiania skóry, poszukiwania i sprawdzania głośnych wówczas odkryć Lastorfera co do zarazka kiły. Wyjednanie takiego oddzialiku, który nosił miano kliniki doświadczalnej, było zasługą i głębszą myślą Biesiadeckiego. Niestety ciasnota ówczesnej kliniki wewnętrznej, która mieściła się na pierwszem piętrze teraźniejszego lokalu chemii lekarskiej i konieczność aneksyi tego pokoju, czego domagał się słusznie nowo mianowany prof. Korczyński, położyła tamę dalszemu istnieniu tej dobrze pomyślanej i dla nauki pożytecznej instytucyi. Takie urządzenia należałoby wprowadzić«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 19. I. b. r. wykładał prof. Dr Lewkowicz o leczeniu nagminnego zapalenia opon mózgowych, a Dr Radwańska przedstawiła chorą z kliniki ginekologicznej.

Warszawa. Sejmowi przedstawione zostały d. 10. II. b. r., jak podaje doc. Dr J. Jaworski, szef sekcyi Ministerstwa zdrowia (Gaz. lek. 7), następujące projekty praw ze strony tego Ministerstwa: 1) o utworzeniu ministerstwa zdrowia publicznego, 2) zasadnicza ustawa sanitarna, 3) o ochronnem szczepieniu ospy, 4) o zwalczaniu chorób zakaźnych, 5) o nadzorze nad wyrobem i sprzedażą surogatów żywności, 6) o przejęciu przez Ministerstwo zdrowia agend Wydziału zdrowia Komisyi Rządzącej galicyjskiej, 7) o urzędzie do spraw jeńców, 8) o nadzorze mieszkań i ochronie lokatorów.

— Prof. Dr Adam Wrzosek został mianowany szefem sekcyi szkolnictwa wyższego w Ministerstwie oświecenia publicznego i wyznań religijnych.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego z udziałem zaproszonych gości odbędzie się **we środę d. 26. lutego 1919.** Na porządku dziennym wykład doc. Dr Eug. Piaseckiego: O wychowaniu fizycznem na Uniwersytecie.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.